Código de Cliente:

MAPFRE SALUD | ARS

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A PLANES DE SALUD

F-NE-011
V.1.3

Afiliación de Titular ☐
Inclusión de Dependiente(s) ☐

Modalidad: *Colectivo* ○ *Familiar* ○ *Individual* ○

PDSS ○ Plan Alternativo/ Adicional ○
Nombre del Plan: ____

Con medicamentos ambulatorios ○
Sin medicamentos ambulatorios ○

I. Datos del Titular

Nombre(s): ____

Primer Apellido: ____ Segundo Apellido: ____

Cédula / Pasaporte: ____ Fecha de nacimiento: ____ Día ____ Mes ____ Año Sexo: ○ M ○ F Peso: ____ lbs. Estatura: ____

Nacionalidad: ____ Ocupación: ____ Estado Civil: Soltero(a) ○ Casado(a) ○ Unión Libre ○

Tel. Res: ____ Tel. Móvil: ____ Tel. Ofic.: ____ Correo electrónico: ____

Dirección: Calle: ____ No. casa/local ____ Edificio: ____ No. Apto: ____

Barrio/Sector: ____ Municipio/Provincia: ____

Empresa donde labora: ____ Teléfono: ____ Fax: ____ RNC: ____

Dirección: Calle: ____ No. casa/local ____ Edificio: ____ No. Apto: ____

Barrio/Sector: ____ Municipio/Provincia: ____

Dirección donde desea recibir sus documentos de afiliación: Residencial ○ Laboral ○ Dirección donde desea recibir su factura: Residencial ○ Laboral ○ Correo electrónico ○

II. Dependientes

No.	Nombre(s)	Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Peso	Estatura	Sexo	Fecha de Nacimiento (Día / Mes / Año)	Parentesco
1						F		
2						F		
3						F		
4						F		
5						F		

III.¿Alguno de los solicitantes padece o ha padecido de cualquiera de los siguientes síntomas y/o enfermedades?

El Titular será identificado con "T" y los dependientes serán identificados con los números del 1 al 5. Coloque en la casilla del afiliado correspondiente una "S" si su respuesta es afirmativa o una "N" si es negativa.	Afiliado T	1	2	3	4	5
1. Enfermedades neurológicas (epilepsia, parálisis, embolia, esclerosis múltiple, trauma craneano, defectos al hablar, dolores de cabeza agudos, meningitis o cualquier trastorno del sistema nervioso y/o neurológico).	N					
2. Enfermedades de los ojos, oídos, garganta, pulmones (neumonía, tuberculosis, asma, sinusitis, entre otros).	N					
3. Enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencias, valvulopatías, infartos, aneurismas, várices, etc.).	N					
4. Enfermedades gastrointestinales (úlceras, trastornos hepáticos, del colon, páncreas y demás).	N					
5. Trastornos genito urinarios (riñones, vejiga, testículos, próstata, infecciones recurrentes, hernias, sangre en orina o cualquier otro trastorno no mencionado).	N					
6. Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, tiroides y cualquier otro trastorno no mencionado).	N					
7. Enfermedades musculares y de huesos (artritis, reumatismo, amputación, anomalías, entre otros).	N					
8. Cáncer y/o tumores (próstata, útero, colon, mama, entre otros).	N					
9. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con éste, sífilis o cualquier enfermedad sexualmente transmisible.	N					
10. Alteración de los nódulos linfáticos, lupus y/o enfermedades del sistema inmunológico, lesiones en la piel y/o infecciones.	N					
11. ¿Tiene alguna enfermedad no mencionada anteriormente?	N					
12. ¿Está tomando medicamentos?	N					
13. ¿Ha estado en un hospital para observación, diagnóstico, tratamiento o intervención quirúrgica?	N					

Continúa en la siguiente página.

	Afiliado					
	T	1	2	3	4	5
14. ¿Fuma o tiene adicción a las drogas, y/o alcohol, por la cual ha sido hospitalizado y/o tratado?	N					
15. ¿Está embarazada?	N					

Si usted ha indicado "si" en alguna de las respuestas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Nombre del Solicitante	Diagnostico y tratamiento	Fecha del diagnóstico o procedimiento	Nombre y dirección del Médico y/o del Hospital

IV. Forma de pago:

Solicito contratar a Mapfre Salud ARS, pagadero en la frecuencia:

Fecha de efectividad: ______________________

Autorizo a Mapfre Salud ARS cargar a la tarjeta de crédito / debitar a la cuenta descrita a continuación, el monto de RD$:

No. de Cuenta: ______________________ Tipo de Cuenta: Corriente ○ Ahorro ○

No. Tarjeta de Crédito: ______________________ Vencimiento: ____ / ____ (Mes / Año)

Visa ○ Mastercard ○ American Express ○

Banco o Asociación Emisor de la Tarjeta / Cuenta: ______________________

Nombre del Tarjetahabiente / Titular de la Cuenta: ______________________ Teléfono de contacto: ______________________

Firma del Tarjetahabiente / Titular de la Cuenta: ______________________

Declaro y reconozco que los Planes Alternativos/Adicionales de Salud entrarán en vigencia a partir de la aprobación de Mapfre Salud A

Huella digital índice derecho:

Fecha: ______________________

____
Firma del Titular

____
Firma y Sello del Empleador

USO INTERNO MAPFRE SALUD ARS

Nombre(s) y Apellido(s) Promotor: ______________________

Código Promotor: ______________________ Cédula: ______________________

Gerencia de ARS correspondiente: ______________________ Firma: ______________________

Nombre(s) y Apellido(s) Asesor: ______________________

Código Asesor: ______________________ Firma: ______________________

Código Referidor: ______________________